DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE CRANIENNE

ET DE SES

COMPLICATIONS MÉNINGO-ENCÉPHALIQUES

PAR

Maurice MOSCOVITS,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1874

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE CRANIENNE

ET DE SES COMPLICATIONS

MÉNINGO-ENCÉPHALIQUES

PRÉFACE.

« Autrefois, la syphilis était considérée comme renfermée dans le cercle d'un petit nombre d'expressions symptomatiques, elle était réputée respecter la structure des organes splanchniques.

Aujourd'hui, une direction nouvelle a été imprimée à la science; l'impossible a cessé de l'être, aux altérations des téguments et des os sont venues s'ajouter des altérations parenchymateuses que révèle l'étude microscopique, et que la clinique avait entrevue. » Ainsi s'exprimait notre illustre maître Trousseau (1). Depuis ce temps de nombreux travaux ont été publiés. Pour nous, nous n'avons fait que glaner ça et là et mettre en lumière

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. t. III, p. 295.

quelques faits intéressants sur les rapports de la syphilis du crâne ; et encore sentant bien toute la faiblesse de nos forces, n'est-ce pas sans crainte que nous présentons ce travail à nos maîtres, dont nous demandons toute l'indulgence.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le professeur Lasègue de la bienveillance qu'il nous a prodiguée pendant le cours de nos études médicales, bienveillance qui nous était d'autant plus précieuse, que nous sommes étranger. Nous le prions d'accepter le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

HISTORIQUE.

Ne pouvant pas séparer l'historique des affections qui nous occupent de l'historique de la syphilis nerveuse en général, nous allons donner un aperçu de ce dernier.

Les premières notions que l'on peut rencontrer chez les anciens se trouvent dans Ulrich de Hutten et dans Paracelse (1). Ce dernier admettait déjà au XVIe siècle que le miasme vénérien peut retentir sur tous les organes. Nicolas Massa (2) qui paraît avoir disséqué plusieurs cadavres de syphilitiques, rapporte un cas de névralgie et de manie syphilitiques. En 1634, Thierry de Hery (3) établit que la syphilis peut se compliquer de spasme, d'épilepsie, etc. Astruc (4) attribue à la syphilis presque toutes les maladies du système nerveux central. Sanchez (5) accuse la syphilis, comme pouvant produire plusieurs phénomènes graves, parmi lesquels la manie (5). Le grand commentateur de Boerhaave, Van Swietten, qui a institué le sublimé corrosif comme traitement de la syphilis, accuse cette dernière d'être la source de tumeurs gommeuses, d'exostoses crâniennes

(1) Dans Aphrodisiacus de Gruner. Genevæ, 1788.
(2) De Morbo gallico liber, p. 56. Cap. VII, in Aphrodisiacus de Gruner.
(3) La méthode curative des maladies vénériennes, p. 15.
(4) De morbis venereis, libri novem. Paris, 1740, vol. II.
(5) Examen historique. Lisbonne, 1774.
(6) Commentaria in A. Boerhaavii Aphorismos. 1773, t. V, p. 571.

pouvant déterminer l'apoplexie, l'épilepsie, la cécité, la surdité, la paralysie, etc. Benjamin Bell (1), s'appuyant sur des faits cliniques, rapporte des observations d'épilepsie et de manie syphilitiques. Cirillo (2) raconte le fait d'un soldat atteint d'épilepsie syphilitique.

En Angleterre, J. Hunter (3) émet des doutes sur la réalité de toutes les manifestations attribuées à la syphilis; et après lui, l'école dite physiologiste soutint cette opinion d'une manière absolue. Cazenave (4) cherche à les refuter, en disant que l'observation plus exacte tend à suivre anatomiquement l'influence du virus sur les organes profonds. Rattier (5) réduit la syphilis à sa plus simple expression, c'est-à-dire au chancre et aux éruptions papuleuses. Astley Cooper (6) nie que les viscères soient susceptibles d'être altérés par la syphilis. Mais ces opinions sont aujourd'hui inadmissibles, et l'anatomie pathologique est venue démontrer que tous les viscères et tous les organes peuvent être atteints par la vérole. Nous n'avons qu'à citer les auteurs modernes les plus importants qui ont démontré les lésions syphilitiques du système nerveux. Ce sont : Ivaren (7), Lallemand (8), Ricord (9), Lagneau (10), Ra-

(1) Traité de la gonorrhée. Paris, 1802.

(2) Traité complet sur les maladies vénériennes, trad. d'Auber, 1803.

(3) Œuvres complètes, trad. de Richelot, t. II, p. 160.

(4) Traité des syphilides. Paris, 1843.

(5) Lettres sur la syphilis, p. 49.

(6) Œuvres chirurgicales publiées par Lee.

(7) Des métamorphoses de la syphilis, 1854. Mémoire présenté à l'Académie de médecine.

(8) Recherches anatomo-patholog. de l'encéphale. Paris, 1831, t. III p. 105.

(9) Gaz. des hôp., 1846.

(10) Maladies syphiliques du système nerveux. 1860.

yer (1), Virchow (2), Ladreit de la Charrière (3) Bedel (4), Zambaco (5), Hildebrand (6) A. Gros et Lancereaux (7). Ces derniers ont obtenu le prix Civrieux, proposé par l'Académie de médecine en 1859, avec leur traité des maladies syphilitiques du système nerveux, ouvrage dans lequel nous avons largement puisé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

De la gomme en général. — La gomme, qui est la manifestation de la syphilis tertiaire, tire son nom de la comparaison qu'en avaient faite les anciens avec la gomme qui s'écoule de certains arbres (8). Ce sont des tumeurs qui varient entre le volume d'un pois et celui d'un œuf de poule.

Fracastor (9) les considérait comme formées d'une collection de liquide : On sait aujourd'hui que, quelle que soit leur consistance, elles sont toujours organisées. Ricord (10) les considère, d'après Hunter, comme étant le résultat d'un épanchement de lymphe plastique. Lebert (11) qui voulut longtemps découvrir un élément

(1) La syphilis cérébrale ou méningienne. Annales de thérapeutique, t. V, 1847-1848.

(2) La syphilis constitutionnelle. Trad., 1860.

(3) Des paralysies syphilitiques. Thèse de Paris 1861, nº 569.

(4) Bedel, syphilis cérébrale 1851. Thèse de Strasbourg.

(5) Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862.

(6) De la syphilis en rapport avec l'aliénation mentale. Thèse de Strasbourg 1859.

(7) Maladies syphilitiques du système nerveux, 1861.

(8) Gabr. Fallopio. De morbo gallico liber. Palavie, 1564, p. 19.

(9) De morbis contagiosis, 1536.

(10) Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens, 1851.

(11) Bulletin de la Société anatomique, 1855.

caractéristique de la gomme, déclare à la fin qu'il n'a rien trouvé, et la décrit comme formée de corpuscules ronds, de cellules fusiformes, de vaisseaux, et, plus tard, de granulations, de détritus d'éléments embryonnaires et de tissu conjonctif. M. Robin (1) les regarde comme exclusivement composées de cytoblastions atrophiés. Fœrster (2), pense que ce sont des tumeurs faites de cellules lymphatiques, Virchow (3) d'un tissu de granulations. Lancereaux (4) affirme que le tubercule syphilitique et la gomme sont constitués par le même élément, lequel vient d'une prolifération du tissu conjonctif. Pour Billroth (5), c'est un tissu purement inflammatoire; seul, Ernest Wagner (6) regarde encore la gomme comme un tissu particulier, contenant de petits éléments cellulaires. MM. Cornil et Ranvier (7) la considèrent comme constituée par du tissu conjonctif embryonnaire.

On voit par ce qui précède, c'est du moins l'avis général des bons auteurs, que la gomme ne possède pas un tissu propre, et qu'elle n'a pas d'élément anatomique spécial; le microscope ne suffit pas à la diagnostiquer, si on ne tient compte des caractères d'ensemble tirés de son tissu, et surtout du mode de développement de ses éléments,

Voici d'après MM. Cornil et Ranvier (8), la description des gommes syphilitiques :

(1) Dans la thèse de M. Van Ordt. Paris, 1859, n° 44.
(2) Handbuch der pathol. Anatomie, 1865.
(3) Syphilis constitutionnelle. Trad. française, 1860.
(4) Traité historique et pratique de la syphilis, 1866.
(5) Pathologie chirurgicale générale, 1868.
(6) Ueber das Syphilome. (Archives fur Heilkunde), 1863. Leipzig.
(7) Manuel d'histologie pathologique, t. I, 1869.
(8) Ouvr., loc. cit.

Les gommes syphilitiques sont des tumeurs, dont le tissu est grisâtre, rosé, plus au moins vasculaire; il est ferme et ne contient aucun suc : ces deux derniers caractères le différencient du tissu des bourgeons charnus. Ses éléments anatomiques sont :

a. Des cellules rondes, de 10 à 15 millièmes de millimètre, dont le noyau apparait sous l'influence de l'eau et de l'acide acétique : Ce sont les cellules embryonnaires;

b. Des cellules fusiformes ou de contour irrégulier.

c. Des cellules plus petites, atrophiées, mesurant 5 à 6 millièmes de millimètre, presque entièrement remplies par leur noyau, situées les unes contre les autres, au sein d'une matière fondamentale grenue.

La gomme en évolution présente une série de nodules, possédant chacun un centre de formation. Les éléments cellulaires de la partie centrale sont petits et tombent en détritus, tandis que ceux de la périphérie sont volumineux. La gomme est très-vascularisée surtout pendant son évolution. Les vaisseaux pénètrent à la périphérie de chaque nodule, et s'y ramifient. Ils contiennent du sang, même lorsque le centre du module est atrophié, caractère qui peut servir à distinguer la gomme du tubercule.

Nous allons aborder maintenant l'anatomie pathologique de la syphilis tertiaire des os du crâne, et des lésions méningitiques et encéphaliques qui en résultent.

Anatomie pathologique des lésions du périoste et des os du crâne dans la syphilis tertiaire.

Périostite. — Périostose. — Ostéite. — Nécrose. — Carie. — Exostoses et gommes des os.

§ 1. PÉRIOSTITE. — La périostite épicrânienne n'a pas une grande importance. Cependant le travail inflammatoire peut s'étendre à l'os, l'inflammation produire de la suppuration qui, en lésant les vaisseaux perforants, aurait donné lieu d'après Bedel (1) à une méningo-encéphalite. Quant le périoste s'enflamme sous l'influence de la syphilis tertiaire, il se produit le même travail pathologique que dans une périostite d'autre nature, avec cette différence, que la périostite syphilitique se termine le plus souvent par résolution, surtout si l'on intervient par le traitement antisyphilitique. Cependant, chez les individus lymphatiques, ou à la suite d'une cause efficiente quelconque, cette périostite peut suppurer; il se forme alors un abcès qui s'ouvre à l'extérieur, laissant un ulcère qui dure plus ou moins longtemps.

§ 2. LES PÉRIOSTOSES ou gommes du périoste se présentent sous la forme de petites tumeurs un peu molles, dont la structure est analogue aux gommes ordinaires.

Elles s'ulcèrent souvent, se ramollissent, s'enflamment et s'ouvrent au dehors, en laissant des excavations et des trajets fistuleux qui mettent longtemps à se cicatriser.

LES LÉSIONS DES OS présentent à étudier l'ostéite qui est la forme inflammatoire, les exostoses et les gommes qui sont la forme plastique.

(1) Thèse de Strasbourg. Syphilis cérébrale, 1851.

§ 3. Ostéite. — L'inflammation de l'os est ordinairement diffuse. Elle débute de deux manières : ou bien, elle commence du périoste et s'étend à la table externe et au diploé ; ou bien elle commence dans la profondeur de l'os même. Dans le premier cas, la périoste étant enflammé, il se fait à sa partie interne une production de cellules embryonnaires que l'on retrouve sur l'os qui avoisine la portion enflammée du périoste. Dans le second cas, quand l'inflammation a son point de départ dans le diploé, on peut voir, à la coupe, les vaisseaux du diploé injectés, et présentant sur différents points des colorations variées. Certains endroits sont rosés ou rouge vif ; ils correspondent à la période d'évolution commençante, et leurs cellules montrent leurs noyaux, immédiatement après leur contact avec l'acide acétique. En d'autes points, le diploé présente une coloration grisâtre, qui correspond à l'évolution tardive ; les cellules sont plus petites, et l'on trouve des noyaux libres placés dans un milieu de tissu amorphe grenu.

Nous voyons par conséquent que l'ostéite diffuse produit la formation de certains éléments constituants de la gomme. Ces éléments s'organisent, se substituent au diploé, dont ils produisent la résorption ; les ostéoplastes et les canalicules d'Havers s'élargissent, se remplissent de tissu embryonnaire ; alors l'os épaissit, devient beaucoup plus lourd qu'à l'état normal, dur, serré. La suppuration et la nécrose sont alors la terminaison commune.

§ 4. Exostoses. — Les exostoses ont une forme sphérique, conique, quelquefois la forme d'une crête, parfois une disposition annulaire, qui ressemble assez

comme le fait observer M. Ricord (1) à certaines syphilides. Les exostoses sont ou externes ou internes. Dans le premier cas ; elles siégent sur la table externe du crâne ; dans le second, sur la table interne ; elles peuvent quelquefois se trouver simultanément sur les deux surfaces. Elles atteignent aussi bien les os de la voûte que ceux de la base. Cependant leur siége de prédilection serait le frontal, d'après M. Lagneau fils (2). Leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'une orange. Quant à leur structure, elle est identique à celle de l'os lui-même, l'exostose n'étant qu'une hypertrophie osseuse.

§ 5. Gommes des os du crane. — Les gommes se présentent sous deux formes : ou bien, elles sont nettement limitées, ou bien elles infiltrent pour ainsi dire le diploé et donnent lieu à ce que l'on appelle l'ostéomyélite gommeuse.

A. *Gommes circonscrites.* — Leur structure est celle des autres gommes, ainsi que leur mode d'évolution. Les gommes externes prennent naissance sur le périoste épicrânien ; de là, décollant le périoste, elles pressent sur l'os dans la substance duquel elles s'avancent sous la forme d'un cône et s'infiltrent dans sa substance dont elles produisent la raréfaction progressive. Une fois logées dans la substance osseuse, elles s'y arrêtent, subissent la transformation lardacée, et disparaissent ensuite, en laissant à leur place une dépression

(1) Ricord, Ouvr., loc. cit.
(2) Maladies syphilitiques du système nerveux.

stellaire, dont le centre a la forme d'un entonnoir, tandis que les bords sont taillés à pic. Il y a alors une véritable cicatrice osseuse comblée par du tissu osseux. Virchow(1) qui a bien étudié cette altération l'appelle carie sèche syphilitique. Mais les auteurs français trouvent que c'est à tort que l'on a donné à cette altération le nom de carie; car il ne se passe ici rien qui ressemble à cette lésion. Il faut ajouter que les cicatrices osseuses, dont nous avons parlé, ont leurs bords hérissés de saillies ostéophytiques; on peut en voir de beaux exemples sur le crâne de la femme dont l'autopsie est relatée dans notre observation n. 1. Ce crâne présente 12 dépressions, dont 5 se trouvent sur le frontal, qui est évidemment le siége de prédilection de ces lésions comme il est celui des exostoses. La gomme de la table interne prend naissance dans la dure-mère et produit sur l'os les mêmes lésions que la gomme externe.

B. *Ostéomyélite gommeuse.* — Cette forme diffère de la précédente, en ce que dans celle-ci les productions gommeuses infiltrant le diploé sont diffuses au lieu d'être circonscrites. Elles subissent une transformation presque caséeuse, par suite de l'inflammation du diploé qui suppure, et amène la nécrose des os, par le même travail pathologique que celui qui est subi par l'ostéomyélite suppurée.

Virchow considère cette forme comme unique cause de nécrose, cependant, comme le font observer MM. Cornil et Ranvier, c'est toujours une ostéite concomitante qui les produit.

(1) Ouvr. loc. cit.

§ 6. La carie des os du crane s'observe à la suite de l'ostéite, surtout chez les sujets scrofuleux et lymphatiques. Elle ne présente rien de particulier.

§ 7. La nécrose syphilitique est la terminaison la plus fréquente de l'ostéite et des lésions gommeuses. Les caractères suivants servent à différencier les séquestres provenant de nécrose syphilitique de ceux qui proviennent de nécrose d'une nature différente. Le séquestre d'origine syphilitique est percé de trous ; il affecte toujours une disposition annulaire. Souvent l'os environnant est lourd et considérablement épaissi ; souvent plusieurs petites nécroses se réunissent et produisent des lésions très-vastes et très-étendues.

Telles sont en résumé les altérations que présentent les os du crâne. Nous allons maintenant parler des lésions que celles-ci peuvent produire elles-mêmes sur les méninges et l'encéphale.

D'une manière générale nous pouvons dire que les douleurs ostéocopes sont dues à des lésions non permanentes. Les ostéites profondes sont d'abord raréfiantes avec amincissement et destruction des lamelles osseuses mais plus tard elles deviennent productives, c'est-à-dire que l'os commence à se condenser, condensation qui aboutit à l'oblitération des canaux de Havers, par conséquent à la nécrose. A une époque plus avancée se forment les véritables gommes et les exostoses.

LÉSIONS DES MÉNINGES.

Nous avons déjà parlé de la formation possible d'une méningo-encéphalite, causée par la propagation de

l'inflammation du périoste à travers les vaisseaux perforants; ce cas est extrêmement rare. Ordinairement la méningite est la conséquence de l'ostéite suppurative de la table interne des os du crâne: Le pus s'étale entre les os et la dure-mère qui s'enflamme, et donne naissance aux altérations de la méningite. De toutes les méninges, la dure-mère est le plus fréquemment atteinte; on la trouve souvent, comme nous le voyons dans nos observations, épaissie, lardacée, ramollie, perforée et même détruite ; en un mot on peut trouver les caractères d'une méningite aiguë, ou bien une véritable pachyméningite diffuse chronique. Il arrive souvent qu'à la suite de ce travail inflammatoire la dure-mère se fend; alors l'inflammation se propage vers le centre encéphalique; dans quelques cas heureux il se produit une inflammation adhésive entre la dure-mère et l'os, qui arrête la marche envahissante de l'inflammation.

LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE.

Les lésions produites sur l'encéphale par suite d'altération syphilitique des os du crâne et des méninges, résultent ou bien de la compression d'exostoses ou de gommes internes, — ou bien de la continuation de lésions inflammatoires du crâne ou des méninges, aboutissant soit à la congestion, soit à l'inflammation de la substance encéphalique.

Dans le premier cas l'encéphale peut être aplati, ou même en voie de ramollissement par suite de l'oblitération d'un vaisseau causée par la compression, laquelle peut aussi produire l'inflammation de la substance, par irritation directe.

Dans le second cas, nous trouverons les altérations ropres à la congestion et inflammation cérébrales.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous allons d'abord décrire les symptômes qui sont dus à des altérations des os du crâne sans complications encéphaliques et méningitiques ; nous nous occuperons ensuite des symptômes que l'on observe lorsque les méninges et l'encéphale sont eux-mêmes intéressés.

Les maladies syphilitiques des os du crâne peuvent s'observer à la période secondaire et à la période tertiaire; c'est principalement de cette dernière période que nous nous occuperons ici.

Ces maladies affectent deux formes : 1° forme inflammatoire et 2° forme plastique.

A. *Forme inflammatoire.* — L'ostéite et la périostite syphilitiques se développent souvent à la suite d'une violence, ou d'une cause occasionnelle extérieure ; c'est ce que nous explique la fréquence de ces maladies sur les os placés superficiellement. Ces affections sont aussi le résultat de gommes, d'exostoses osseuses, ulcérations du cuir chevelu.

Le premier symptôme qui se révèle est la douleur ostéocope : elle est presque toujours l'indice d'une lésion osseuse. On a trouvé, en effet, dans plusieurs autopsies des exostoses et des gommes de la table interne du crâne, là, où pendant la vie il n'y avait comme symptôme qu'une douleur violente. Le début de cette douleur est vague; le malade la ressent d'abord dans toute l'étendue du crâne, mais bientôt elle se localise au point où va siéger la lésion ;

alors elle devient aiguë, profonde, térébrante, quelquefois soulagée par la pression, mais souvent exagérée par le moindre attouchement. Elle apparaît surtout le soir; elle a pour caractère distinctif d'être nocturne. Souvent elle est accompagnée d'une insomnie opiniâtre, de vertiges, d'étourdissements. La céphalée possède les mêmes caractères. C'est surtout M. Ricord qui a démontré le caractère nocturne de la céphalée et des douleurs ostéocopes; il a prouvé que la recrudescence nocturne est produite par la chaleur du lit, réfutant la vieille opinion, qui la mettait en rapport avec les mouvements de la terre; il a observé en effet que les malades qui font du jour la nuit, ont des douleurs diurnes. Nélaton dit que les malades affectés de douleurs ostéocopes peuvent s'en débarrasser entièrement si, en faisant un voyage, ils restent plusieurs nuits sans se coucher. Les Kabyles, qui dorment sur des nattes placées sur le sol, seraient exempts de ces douleurs. Pourtant Vidal de Cassis (1) soutient avoir vu des syphilitiques qui se promenant la nuit exposés à l'air, souffraient tout autant que s'ils avaient été couchés.

La céphalée reste souvent sans être accompagnée de lésions appréciables pendant un temps plus ou moins long. Dans la majorité des cas, il survient après quelques mois une périostose, ou bien une exostose crânienne, mais alors, comme le dit M. Ricord (2) : « la « douleur diminue parce que, à mesure que la périostose « marche, la tumeur augmente, et l'affection intéresse « et détruit les filets nerveux qui se rendaient au point

(1) Traité des maladies vénériennes.
(2) Gazette des hôpitaux, 1846, p. 2.

« malade, partant il n'y a plus de douleurs possibles. »

La céphalée est toujours prodromique de lésions nerveuses profondes, surtout lorsqu'elle est la manifestation d'une syphilis invétérée ; c'est en effet le premier symptôme de la syphilis cérébrale.

Quand la lésion se manifeste extérieurement, c'est ordinairement une ostéo-périostite, caractérisée par une tuméfaction diffuse, empâtée, douloureuse à la pression. La terminaison est presque toujours la résolution, si on intervient par le traitement ; dans le cas contraire, elle peut persister pendant longtemps, ou bien elle s'enflamme, et produit la suppuration du cuir chevelu et de l'os lui-même ; nous avons alors la terminaison par ostéite suppurative qui, chez les individus lymphatiques, produit la carie et la nécrose.

Si ces lésions restent limitées à l'extérieur, il n'y a aucun accident encéphalique, à moins qu'elles ne coïncident avec des lésions syphilitiques viscérales ou avec la cachexie syphilitique.

Nous voyons de ces exemples dans nos observations, où des malades présentaient des ulcérations provenant de l'inflammation de l'os, sans avoir de troubles nerveux. L'ostéite interne peut produire des troubles encéphaliques par la proximité de la table interne des os du crâne avec les méninges, qui s'enflamment habituellement par le contact du pus, ou par continuation du processus inflammatoire. Dans ces cas, nous n'avons aucun signe pathognomonique, si ce n'est la céphalée violente avec recrudescence nocturne, et l'explosion de troubles méningo-encéphaliques.

Quant à la fréquence, nous admettons que heureuse-

ment les lésions extérieures sont de beaucoup plus fréquentes que les lésions intérieures.

b). *Forme plastique.* — 1). *Exostoses.* — Les exostoses externes se présentent, sous la forme de tumeurs dures, osseuses, d'un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'une orange.

Ces tumeurs sont arrondies ou aplaties, et peuvent parfois persister indéfiniment. Les exostoses reconnaissent ordinairement pour cause la syphilis; elles se terminent en produisant une inflammation du tissu environnant et en subissant toutes les phases de l'ostéite. Ce n'est que lorsqu'elles sont internes que leur diagnostic est difficile, et c'est dans ces cas qu'elles produisent par compression ou par irritation des troubles encéphaliques.

2). *Périostoses.* — Les gommes du périoste sont des petites tumeurs arrondies, peu douloureuses, de consistance molle ou ferme, pouvant elles aussi persister longtemps. Notons, en passant, que c'est un caractère propre aux productions syphilitiques de pouvoir rester un temps indéfini sans aucun changement, parce qu'elles sont toutes entachées, au moins pour la période tertiaire, du cachet de la chronicité. Mais les périostoses s'ulcèrent souvent par une cause quelconque, et se font jour au dehors en ulcérant le cuir chevelu, laissant à leur place des excavations indélébiles, et des trajets fistuleux, qui ne se cicatrisent qu'à la longue.

3). *Gommes.* — Les gommes de la table externe ont leur point de départ dans le périoste épicrânien, d'où elles s'avancent vers l'os qui subit dans cet endroit une

véritable sclérose nous aurons alors des symptômes analogues à ceux de la périostose. La terminaison laissera des cicatrices rugueuses, profondes, indurées, dont les bords seront recouverts par des ostéophytes; il peut aussi y avoir nécrose partielle avec élimination du séquestre.

Les gommes de la table interne ne nous donnent aucun signe objectif, si ce n'est la céphalée violente, et plus tard la carie ou la nécrose des os et des troubles nerveux. C'est surtout l'ostéomyélite gommeuse qui se termine par nécrose; quelquefois multiple sur le même os, cette dernière peut en produire la mort totale.

Nous allons décrire maintenant, les maladies qui s'observent sur les méninges et l'encéphale, à la suite des lésions osseuses de la syphilis tertiaire du crâne.

Les affections des méninges et de l'encéphale, consécutives aux lésions osseuses sont :

La méningite. Elle est ordinairement le résultat de la continuation du travail morbide de l'ostéite de la table interne des os du crâne; elle est aussi le résultat du séjour prolongé du pus provenant de la suppuration de la table interne des os. La dure-mère est le plus fréquemment atteinte.

Les symptômes de cette affection varient suivant le siége et l'étendue de la lésion. Les symptômes généraux sont une encéphalée continue, persistante, localisée, accompagnée de divers troubles nerveux : vertiges, étourdissements, accès épileptiformes, quelquefois paralysies sous forme hémiplégique.

D'après son siége, on peut avoir les symptômes suivants : pour les circonvolutions cérébrales antérieures, troubles de la parole, allant quelquefois jusqu'à l'aphasie la plus complète; pour le cervelet, surtout si la substance cérébelleuse elle-même est atteinte : photophobie, strabisme, vomissements, ivresse; pour le bulbe : polyurie et glycosurie.

Parmi les symptômes les plus fréquents, il faut noter aussi l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les pertes subites de connaissance sous forme d'accès épileptiformes. L'épilepsie syphilitique, en effet, est surtout due à des lésions anatomiques existant dans les méninges, ou dans les os du crâne, ou dans la partie périphérique de l'encéphale. Ce fait paraît être aujourd'hui démontré par de nombreuses autopsies. Cette épilepsie syphilitique se distingue de l'épilepsie idiopathique par la succession rapide des accès, le coma dans les intervalles et quelquefois l'hémiplégie consécutive. L'aura, le cri épileptique, l'écume à la bouche font souvent défaut. Elle survient presque toujours à un âge assez avancé de la vie. Un fait qui peut encore servir à la diagnostiquer, c'est que les troubles ordinaires, comme la céphalée, etc., persistent pendant l'intervalle des attaques.

La marche de cette méningite est lente. La terminaison fatale peut provenir d'une maladie intercurrente, ou simplement des progrès des convulsions et du coma. On possède des cas de guérison par le traitement spécifique.

Encéphalite. — Les encéphalites consécutives à des lésions osseuses sont de deux ordres : ou bien, fait le

plus fréquent, elles sont produites par la compression, ou bien par l'extension des lésions des os ou les méninges.

Les symptômes sont très-variés, et, pour les décrire, il nous faudrait faire presque toute l'histoire des tumeurs de l'encéphale, ce qui nous éloignerait par trop du cadre de notre sujet; nous essaierons cependant d'en donner un court aperçu.

« Si, dit M. Ricord, une exostose se développe sur la surface interne des os du crâne, la tumeur donnera lieu à des douleurs céphaliques fixes, et il est possible que l'on voie des symptômes plus ou moins graves survenir du côté du cerveau..... Vous aurez donc des douleurs ostéocopes crâniennes fixes, puis des symptômes de compression des centres nerveux, des accidents de paralysie qui se trouvent en rapport avec le point qui a été le siége de la douleur. »

Le symptôme le plus fréquent de la compression des gommes et des exostoses est la paralysie.

Les paralysies varient avec le siége de la tumeur.

Les prodromes sont : des fourmillements et des élancements très-douloureux, avec un sentiment de froid dans la partie qui est sous le coup de la paralysie.

Le début est lent et graduel, et souvent sans ictus apoplectique; la paralysie atteint d'abord un certain groupe de muscles, et ne s'étend que successivement au reste; sa forme est surtout sur l'hémiplégie; elle est souvent accompagnée de troubles de l'intelligence, de la mémoire et de la parole.

Les paralysies les plus fréquentes sont celles des mo-

(1) Ricord, Gazette des hôpitaux, 1846, p. 77.

teurs du globe de l'œil et des *nerfs optiques*. Celles-ci sont produites surtout par l'extension des lésions osseuses éloignées, qui compriment le nerf optique; car, d'après Vidal de Cassis (1), la carie et la nécrose de la partie profonde de la cavité orbitaire est très-rare Les signes principaux sont: une amaurose précédée d'une céphalée frontale profonde, laquelle amaurose se distingue de l'amaurose congestive et nerveuse par la douleur sourde et compressive de l'orbite, et souvent par l'immobilité du globe de l'œil (2). D'après Graefe, la compression du nerf optique se révèle à l'ophthalmoscope par l'atrophie de la papille et l'œdème de la table interne des parties avoisinantes. Quelquefois il y a aussi exophthalmie, lorsque la tumeur gommeuse repousse l'œil en dehors de sa cavité.

Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil sont celles de la troisième, quatrième et sixième paire. La paralysie de la troisième et quatrième paire se manifeste presque toujours simultanément. Cependant, lorsque le moteur oculaire commun est seul paralysé, on voit : la chute de la paupière supérieure, la mydriase, et un strabisme divergent. Lorsque la sixième paire seule est atteinte, nous aurons le strabisme interne, par paralysie du muscle droit externe; mais les autres mouvements de l'œil seront conservés, si le moteur externe est seul atteint.

Quand la troisième et quatrième paire sont atteintes simultanément et avec le nerf optique, il y aura abolition complète des mouvements de l'œil, et une amblyo-

(1) Ouvr. loc. cit.
(2) L. Clavé, thèse de Paris, 1852.

pie, dont le degré d'intensité sera en rapport avec celui de la compression.

Paralysie du nerf facial. — Le facial passant dans un conduit osseux, on comprend que sa paralysie puisse avoir lieu facilement, si un épaississement du rocher, surtout au niveau de l'aqueduc de Fallope, arrive à produire une compression sur ce nerf. Nous aurons alors tous les symptômes de la paralysie faciale, que l'on pourra, du reste, aisément distinguer de la paralysie d'origine centrale par l'absence de troubles cérébraux et par le mouvement de la paupière supérieure qui reste intact.

C'est par le même mécanisme que nous aurons la paralysie, et des troubles de l'organe de l'ouïe, de l'odorat, du goût et des mouvements de la langue.

L'*hémiplégie* ne présente rien de particulier, si ce n'est son invasion lente et graduelle, non accompagnée de phénomènes apoplectiques, si ce n'est aussi qu'elle s'adresse surtout au mouvement, respectant en partie la sensibilité.

Il existe une autre forme caractérisée par la prédominance des troubles intellectuels. Dans cette espèce, toutes les variétés de l'aliénation mentale et de la paralysie générale y sont représentées. Le plus souvent, ce sont des symptômes fugitifs comme de l'hébétude, de l'amnésie, du délire, du bégaiement, qui ne persistent que pendant un court espace de temps.

Il y a une autre forme caractérisée par des troubles non localisés. Ce sont des accès épileptiformes, des attaques apoplectiques, des pertes subites de connaissance, des vertiges, des étourdissements, de la somno-

lence, du délire et surtout le coma qui se termine presque toujours par la mort.

Pour nous résumer, nous dirons que les lésions syphilitiques tertiaires des os du crâne, siégeant sur la table externe, ne donnent pas lieu fatalement à des troubles nerveux : elles sont purement locales ; ce n'est que lorsqu'elles coexistent avec des lésions profondes qu'elles ont leur gravité. Ajoutons aussi, que la syphilis cérébrale peut exister sans lésions osseuses, parce que l'encéphale, comme les autres viscères, peuvent être directement atteints par la syphilis.

Les lésions, telles que les exostoses, les gommes, la carie et la nécrose, produisent souvent, par compression ou par propagation du mal des troubles encéphaliques affectant la forme de méningite, d'encéphalite ou de tumeurs cérébrales, maladies qui se révèlent par des symptômes analogues à ces mêmes maladies lorsqu'elles sont d'origine non spécifique, ayant cependant un début et une marche un peu différents. Ce qui faisait dire à M. Gendrin que, lorsqu'un viscère fonctionne mal sans cause connue, il faut accuser la syphilis et instituer le traitement approprié.

DIAGNOSTIC.

La première indication qui se présente chez des malades qu'on soupçonne être atteints de syphilis tertiaire, c'est de rechercher la diathèse syphilitique ; la seconde est celle de savoir si, même lorsque le malade est sous le coup de la syphilis, la maladie dont il souffre est nécessairement le résultat de cette diathèse.

Pour remplir la première indication, il faut rechercher avec soin l'accident primitif, et les accidents secondaires qui laissent quelquefois des traces pouvant servir avantageusement.

Il est souvent difficile, dans l'interrogatoire des malades, d'obtenir les renseignements nécessaires qui sont parfois dissimulés avec obstination, surtout par les femmes. Souvent l'accident primitif passe inaperçu, et alors on se trouve réellement embarrassé.

Pour les lésions crâniennes externes, le diagnostic ne présente pas de difficulté. Pour les lésions internes, on se servira du mode de début de la marche de la maladie, ainsi que de l'âge du malade.

On pourra se servir aussi du traitement, qui, en produisant une amélioration, pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Il ne faut pas perdre de vue la syphilis héréditaire qui est quelquefois tardive, comme nous en relatons un cas dans nos observations.

PRONOSTIC.

La syphilis tertiaire, considérée en général, étant déjà une maladie grave par elle-même, on comprendra facilement que les lésions crâniennes qui peuvent intéresser l'encéphale seront très-graves. La difficulté qui entoure quelquefois le diagnostic ajoute encore à la gravité du pronostic, parce que le traitement est empêché.

Les lésions de la table externe du crâne, lorsqu'elles existent seules, sans complications, ne sont pas graves,

à moins qu'elles ne produisent des nécroses interminables, qui amènent la destruction d'une grande étendue de l'os. — Les lésions de la table interne qui affectent la forme inflammatoire sont les plus redoutables, parce que, par leur extension sur les méninges et l'encéphale, elles produisent le plus souvent une terminaison funeste.

Pour les tumeurs de la table interne, le pronostic est moins grave, à moins qu'elles ne produisent par irritation une inflammation méningo-encéphalique ; mais c'est surtout dans ces formes que le mercure « fait des miracles, » d'après une expression de notre maître regretté Trousseau, qui ajoute aussi que « dans les maladies produites par ces tumeurs, la syphilis est une planche de salut, parce qu'elle donne lieu à un traitement qui réussit souvent. »

Cependant, malgré le traitement, il arrive quelquefois que la moindre cause, des excès de toute nature fassent éclater de nouveau le mal, si bien que, selon le mot pittoresque de MM. Gros et Lancereaux, cette perspective est comme l'épée de Damoclès suspendue sur la tête du malade.

Outre cela, on sait que l'encéphale, cet organe si délicat, ne revient jamais tout à fait à son état normal, quand il a subi une première atteinte.

TRAITEMENT.

Nous ne voulons pas discuter l'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium, ni nous arrêter sur cette opinion de M. Lorinser (de Vienne), qui soutient

avec quelques autres auteurs, que les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis sont dus au mercure. Leur efficacité est aujourd'hui parfaitement démontrée. La mauvaise réputation du mercure lui vient de la mauvaise administration qu'on en a faite, au ptyalisme qu'on provoquait et entretenait sans mesure, croyant ainsi arriver plus rapidement à la guérison des accidents.

Le meilleur traitement est sans contredit celui qu'a institué M. Fournier, qui consiste à commencer par des préparations mercurielles, pour recourir ensuite à l'iodure de potassium, ou mieux encore au traitement mixte, comme le sirop de Sibert.

Outre cela, il faut intervenir chirurgicalement dans les lésions superficielles ; il faut aussi tenir compte de la constitution générale du malade qui est ordinairement affaiblie ; alors on instituera un traitement reconstituant. On tiendra compte de la susceptibilité de certains malades pour le mercure, de l'état de leurs voies digestives ; s'il y a salivation, on administrera du chlorate de potasse, et si les voies digestives ne supportent pas le mercure à l'intérieur, on l'administrera en frictions avec l'onguent mercuriel.

Il y a en un mot une foule de circonstances dont le médecin tiendra compte ; suivant les cas il donnera telle préparation qui convient à l'état du malade, en n'oubliant pas que le mercure et l'iodure de potassium doivent faire la base du traitement.

Observation I.

Gomme du crâne. — Ostéite. — Pachyméningite. — Encéphalite et hépatite syphilitique.

Le 3 février 1874 entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, la nommée Joséphine B..., âgée de 56 ans.

Elle est dans un état de somnolence profonde; figure hébêtée; elle répond à peine aux questions qu'on lui adresse et d'une manière tout à fait incohérente, on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement. La personne qui l'accompagnait nous a dit qu'elle se trouvait dans un état comateux depuis plusieurs jours déjà, ayant une soif tellement vive, qu'elle buvait un seau d'eau entier dans une journée (?) Cependant en la pressant de questions on s'aperçoit qu'elle est en proie à des hallucinations; elle aperçoit sur son lit des animaux de différentes sortes. Peu de tremblement dans les doigts. Elle dit qu'elle souffre partout; elle indique surtout la tête comme siége de la douleur. La sensibilité est exagérée sur tout le corps. On ne peut la toucher brusquement sans provoquer des plaintes. La mobilité semble être légèrement diminuée, elle ne peut lever sa jambe que lentement et avec beaucoup de peine. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de se lever de son lit sans aucun motif et de marcher dans la salle, mais tout cela d'une façon absolument inconsciente; lorsqu'elle veut se recoucher, elle se trompe de lit et cherche à entrer dans le lit d'une autre malade, malgré la présence de cette dernière.

Elle fait et urine sous elle. Malgré cela on recueille une certaine quantité d'urine, qui, analysée, ne donne point d'albumine.

Le cœur ne présente rien d'anormal.

Dans le poumon gauche on entend du souffle bronchique. La respiration est bruyante.

Température : 37° 2, le matin et 38° 2, le soir. Pouls régulier.

On diagnostique une pneumonie alcoolique.

4, 5, 6, 7, 8, 9 février. Même état, même somnolence. La malade pousse de temps à autre des cris inarticulés et agite violemment le bras. Elle se lève à plusieurs reprises de son lit et se promène inconsciemment dans la salle.

Le 10. Les signes physiques du côté du poumon ont disparu ; mais le soir la malade présente une déviation de la bouche et de la face du côté droit. Température 37° 6.

Le 11. Hémiplégie gauche avec contracture des membres supérieurs et inférieurs. Impossibilité motrice absolue. Sensibilité abolie. Dévia-

tion des yeux à droite et rotation de la tête du même côté. Température au soir 38° 2.

Le 12. La jambe droite présente de la contracture et une perte absolue de la motilité.

On a fait le diagnostic : Hémorrhagie cérébrale ayant fait irruption dans les deux ventricules latéraux, ou pachyméningite hémorrhagique diffuse.

Température du matin : 37° 4. Le soir, 38° 6.

Respiration bruyante et pénible. Coma absolu.

Le 13. Même état. Température le matin, 37° 2, le soir, 39° 2.

La malade meurt à 7 heures du soir. Deux heures après la dernière température prise (39° 2). La mort est précédée de convulsions.

Autopsie faite le 15 février 1874. La surface extérieure du crâne offre sur beaucoup de points une coloration violette comme ecchymotique, qui tranche d'une manière évidente sur la teinte blanche générale. Sur quelques-uns de ces points, il y a perte de substance, des véritables dépressions au nombre de douze, dont cinq sur le frontal, trois sur la suture pariétale, et les autres sur la partie postérieure droite du crâne. Ces dépressions ont toutes le même caractère. Elles sont irrégulièrement circulaires, à fond granuleux et rougeâtre. Ces bords sont irréguliers, comme végétants et sont recouverts par des ostéophytes d'une consistance dure comme éburnée et d'une consistance considérable. Les bords se continuent par du tissu spongieux avec le diploé. Une préparation faite pour le microscope et colorée au carmin, montre par comparaison avec un morceau d'os normal du même crâne, que dans celui-ci les canaux d'Havers sont beaucoup plus larges que dans les tissus osseux de nouvelle formation qui entourent les cicatrices.

La surface interne du crâne offre aussi une teinte violette, mais plus diffuse, qui donne au crâne un aspect marbré.

Le tissu osseux en entier est considérablement épaissi : cette épaisseur anormale porte surtout sur le diploé. On constate que le crâne est beaucoup plus lourd qu'à l'état normal, en le pesant avec la main.

Meninges. Les membranes sont considérablement épaissies sur toute la surface de la protubérance, leur épaisseur est facilement appréciable sur une coupe transversale; elles sont blanches, nacrées et comprennent l'artère basilaire, de telle façon que la lumière de celle-ci est à peine appréciable sur la coupe. Le tronc basilaire est enveloppé de tractus blancs, opaques. Le calibre de l'artère n'est pas pourtant oblitéré. Il n'y a pas d'endartérite des vaisseaux.

La face interne de la dure-mère présente quelques traces de fausses

membranes très-ténues qui ont été retrouvées sur les points correspondants du cerveau.

Cerveau. Le cerveau est ramolli à droite dans une circonvolution, et la substance grise est sur ce point raréfiée d'une manière évidente, son épaisseur étant à peine la moitié de celle qu'on trouve sur les autres circonvolutions.

Au niveau du corps strié vers sa face externe, on trouve un foyer de ramollissement de la grosseur d'une noisette, ce foyer s'étend sur les circonvolutions voisines. L'artériole qui va de la scissure de Sylvius se rendant à ce groupe de circonvolutions est totalement oblitérée par endartérite avec caillot.

Thorax. Les poumons sont refoulés en haut d'une manière notable par le foie. Il y a des adhérences pleurales au sommet du poumon gauche, où l'on trouve une ou deux masses indurées et blanchâtres, résistantes à la coupe, de la grosseur d'une noisette. Les deux sont un peu congestionnés.

Le péricarde présente des traces d'ancienne péricardite.

Le cœur présente son tissu musculaire changé en tissu graisseux jaunâtre, et sur une coupe de la paroi du ventricule gauche non hypertrophiée, le tissu graisseux occupe une épaisseur de 1 millimètre environ sur la face externe.

L'aorte. L'aorte présente trois plaques athéromateuses avec quelques points plus dures en dégénérescence calcaire. Les plaques sont situées circulairement au-dessus des trois valvules sigmoïdes, près de l'embouchure des artères coronaires.

La rate est violette, de consistance augmentée; sur sa face externe, des plaques blanchâtres, traces d'ancienne périsplénite.

Le rein droit est un peu atrophié. L'atrophie porte surtout sur la substance corticale. Par la pression on fait sourdre dans un des calices quelques gouttes de muco-pus.

Autour de l'utérus quelques adhérences péritonéales.

Le foie est tri ou quatrilobé. Il est petit, dur, et porte dans son épaisseur, et aussi à sa face inférieure, des masses dures, jaunes, sèches. A la coupe elles sont assez bien limitées comme les gommes syphilitiques. La face convexe est irrégulièrement lobée par des néomembranes qui pénètrent dans son tissu et tracent des sillons profonds. De nombreuses néomembranes feuilletées se rencontrent çà et là entre le diaphragme et le foie.

Cette observation est très-importante au point de vue

de la multiplicité des lésions. Ici, nous trouvons, en effet : ostéite, carie syphilitique, méningite, et encéphalite, hépatite et gommes qui, examinées au microscope, présentent la véritable structure des gommes. Le crâne est surtout remarquable par son épaisseur et son poids. Les pièces se trouvent dans le laboratoire de M. Cornil, à l'hôpital de la Charité.

Observation II.

Syphilis crânienne héréditaire tardive. — Ostéite gommeuse syphilitique du crâne.

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé M. Bouchard. — Examen microscopique fait par M. le professeur agrégé M. Cornil.

Le 26 décembre 1872, entre le nommé N...., âgé de 18 ans, chapelier, dans le service de M. Bouchard, hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu.

Pas d'antécédents, le malade n'a jamais souffert d'aucune maladie. Nous savons seulement que c'est un enfant trouvé. Constitution chétive.

Malade seulement depuis une huitaine de jours.

Etat actuel. — Malaise, courbature, céphalalgie, anorexie, en un mot, aspect typhoïde.

Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté. Pas de constipation ni diarrhée, pas d'épistaxis. Toux légère déjà depuis quelque temps, mais avec une rare expectoration muqueuse. Rien à l'auscultation. Langue blanche, saburrale.

La première supposition qu'on ait faite fut la fièvre typhoïde, mais le pouls était de 80 et la température de 37°,8.

Le diagnostic par conséquent est très-incertain. On administre l'ipéca.

Dès le lendemain amélioration. L'état typhoïde se dissipe. L'appétit revient. Température entre 37°,2 et 37°,8.

Au bout de quelque jours, le malade quitte l'hôpital, pour aller à Vincennes, mais le jour du départ, voilà l'état typhoïde qui revient.

Il y a de la fièvre, de la prostration, de la céphalalgie, des taches méningitiques. Pouls fréquent, température dépasse 39. On fait le diagnostic : tuberculose aiguë.

Cet état disparaît peu à peu, mais l'état général est languissant, peu d'appétit. On penche vers l'opinion du passage de la tuberculisa-

tion à l'état chronique. Après quelques semaines de rémission, la toux s'exagère, l'expectoration devient abondante, striée de sang, et puis devient purulente. Râles muqueux à bulles moyennes, dans les deux poumons, surtout vers le sommet. Respiration rude au sommet gauche. Légère bronchophonie. Albuminurie, et à partir de ce moment, amaigrissement, faiblesse, diarrhée, albuminurie. Toux et expectoration fréquentes. Râles muqueux abondants, gros, en un mot, signes d'excavation.

Le 12 mars 1873, survient un accès convulsif subit, que rien ne faisait présager le matin. On n'a pas de description complète de l'accès qui est donné par un voisin : opisthotonos. Mouvement saccadé d'un bras en arrière, pas de ronflement, pas d'écume à la bouche, et pas de morsure de la langue, il avait quelques instants avant un vomissement alimentaire. Le coma succède à cette crise qui paraît avoir été accompagnée de perte de connaissance.

Le lendemain on le retrouve dans un état demi-comateux. Pas de nouvelle convulsion, pas d'autre vomissement. Il n'y a que de l'agitation. On suppose une méningite tuberculeuse ou, comme le faisait remarquer M. Bouchard, une urémie convulsive et comateuse. On n'a pu avoir l'urine.

Le lendemain : état comateux moins intense, le malade parle. Pas de vomissement, pas de crise, pas de paralysie ni contracture. On diagnostique urémie.

Le 15. Coma profond. Œil saillant, rouge terne, fixe, convulsé au dehors. On revient à l'idée d'accidents méningitiques, mais la température est de 37° seulement.

Le 16. A quatre heures du matin, mort.

Autopsie. — A l'autopsie, on ne trouve rien d'anormal dans aucun viscère et organe excepté au crâne.

Crâne. — Le crâne est percé de trous et criblé à jour, surtout à sa face interne. Dans les trous se logeaient des tubercules et des végétations plus ou moins grands de la dure-mère. Ces végétations, variables depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une petite amande, avaient à l'œil l'apparence rouge vascularisée et demi-transparente des bourgeons charnus osseux. Ils contenaient des vaisseaux à parois embryonnaires, des fibrilles minces et peu solides de tissu conjonctif, et une quantité considérable de jeunes cellules. Ces cellules étaient pour la plupart rondes, munies d'un ou deux noyaux ovoïdes. Sur les coupes obtenues après macération dans le liquide de Müller et durcissement dans l'alcool, on voyait la dure-mère et ces végétations. Celles qui sont

petites, partent généralement du pourtour d'une artère ou d'une veine, qui se détache de la dure-mère et qui rampe à sa surface externe.

Ces petites végétations sont comparées, ainsi qu'il vient d'être dit, à un tissu de bourgeons charnus. Les deux couches de tissu fibreux de la dure-mère sont infiltrées d'éléments ronds, et à la face interne de la dure-mère existe une néomembrane facile à reconnaître à ses vaisseaux qui forment un lacis très-riche de capillaires à parois minces.

Lorsqu'on examine une préparation contenant toute une grosse végétation, on voit des îlots dans lesquels dominent les éléments embryonnaires, et ces îlots sont séparés par des bandes de tissu fibreux, à fibres parallèles, entre lesquels on voit des cellules plates. Dans l'épaisseur de ce tissu cheminent quelques vaisseaux, et se trouvent aussi des îlots du tissu osseux parfaitement nets. (Corpuscules osseux contenant de petits noyaux ovoïdes colorés par le carmin ; la substance fondamentale est vitreuse et à couches parallèles.) Cette dernière particularité indique que les bourgeons partent de la dure-mère, végètent dans les canalicules de Havers, et détruisent complètement les lamelles osseuses, dont il reste encore des traces dans les gros bourgeons sortis de l'os et qui y avaient creusé une grande cavité pour s'y loger.

Sur ces mêmes préparations traitées par le pinceau pour en chasser les éléments ronds et libres, on voit dans toute l'étendue des îlots signalées précédemment, des vaisseaux et un tissu conjonctif presque semblable au tissu reticulé des ganglions lymphatiques. Du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux partent en effet des trabécules minces de tissu conjonctif qui cloisonnent tout l'îlot. Là aussi on voit les éléments libres déjà signalés; petites cellules rondes, et grandes cellules fusiformes à un ou plusieurs noyaux ovoïdes (myéloplaxes).

Il y a donc eu là, partant du périoste épicrânien et de la dure-mère des bourgeons d'ostéite qui ont détruit les lamelles et se sont creusé une place dans l'os. Les végétations diffèrent de l'ostéite bourgeonnante simple ou scrofuleuse par la grande abondance de tissu conjonctif se rapprochant par la disposition générale du tissu réticulé adénoïde. Nous avons eu même un moment la pensée d'un lymphadénome. Mais la forme générale des bourgeons et leurs caractères microscopiques nous ont détourné de cette idée, et nous avons diagnostiqué une ostéite gommeuse syphilitique.

Cette observation nous enseigne que même, chez un adolescent, on peut quelquefois invoquer la syphilis héréditaire, surtout quand les symptômes ont une

marche toute particulière comme nous le voyons ici. Ce malade, en effet, ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic pendant sa vie par aucun signe, et nous sommes parfaitement certain, d'après les affirmations de M. Bouchard et de M. Cornil, que le malade ne présentait aucun antécédent syphilitique personnel; ce n'est que d'après les résultats microscopiques indiquant des lésions syphilitiques que l'on a pu établir avec certitude une syphilis héréditaire tardive, caractérisée par une ostéite gommeuse syphilitique du crâne.

Le crâne, qui se trouve dans le laboratoire de M. Cornil, est très-remarquable. Il est complètement criblé de trous.

Observation III.

Gomme du crâne. (Communiquée par M. Brouardel, professeur agrégé.)

Lebonne (Louis), 50 ans, cordonnier, entré le 18 juin 1870. Mort le 14 mars 1871.

La mère du malade est morte à 70 ans d'une attaque qui a entraîné la mort en trois jours; le père est mort d'une fluxion de poitrine. Le malade a eu à 45 ans une petite plaie à la verge qui a duré quinze jours, et qui ne paraît pas avoir été suivie d'accidents. Depuis son enfance il était sujet à des migraines et à des maux de tête, ceux-ci ayant une forme névralgique depuis une vingtaine d'années. De plus il a souvent des maux d'yeux, caractérisés surtout par la rougeur. Les maux de tête ont été guéris par M. Denonvilliers par un traitement qui semble avoir été complexe (bromure, iodure de potassium, sulf. de quinine, sirop d'iodure de fer, etc.). En janvier 1850, ses maux de tête ont disparu. Dans les premiers jours de mars 1869, il fut pris d'une faiblesse caractérisée par l'impossibilité de marcher, on était obligé de le soutenir pour le rentrer chez lui, mais il n'eut aucune perte de connaissance. Le 14 mars il fut pris d'une douleur dans la jambe gauche; cinq ou six mois après, la jambe droite est prise également. Les douleurs siégent surtout sur le trajet du sciatique. La marche lui devient de plus en plus difficile. Il entre à la Charité le 4 mai 1870, va ensuite à Vin-

cennes un peu amélioré, quitte Vincennes pour entrer dans notre service.

11 juin 1870. *Etat actuel.* Pâleur. Peu d'embonpoint. Facultés intellectuelles nettes. Mémoire normale. La motilité est atteinte surtout dans les deux jambes: la marche est difficile; il ne fauche pas en marchant, mais appuie de tout son pied en bloc (piétinement).

Les forces musculaires sont assez conservées pour que le malade résiste aux efforts de flexion et d'extension. Aucune incertitude n'existe dans les mouvements qu'on lui fait exécuter, pourtant dans l'obscurité il marche plus difficilement.

La sensation de position existe parfaitement, ainsi que la sensibilité à la température, au toucher et à la douleur. Le chatouillement ne provoque pas de mouvements réflexes. Les sensibilités spéciales sont bien conservées (vue, ouïe, etc.).

Le sommeil est interrompu par des douleurs; les jambes se rétractent, et le malade doit faire un certain effort pour les allonger. Les douleurs qu'il éprouve ne sont pas lancinantes; elles sont continues et siégent surtout en arrière des deux cuisses. Dans la jambe droite, la douleur est plus caractérisée au genou. Il existe une douleur en ceinture accompagnée de serrement au bas-ventre. Enfin dans le bras gauche existent des douleurs qui s'exaspèrent par les efforts et enfin le malade ajoute qu'il n'a pas dans les doigts de ce côté la netteté de perception qu'il a dans la main droite. Il ramasse les objets sans les voir, mais il ne pourrrait dire quels ils sont avec cette main, tandis qu'il le ferait avec l'autre. Constipation et miction fréquente. Appétit irrégulier, mais il mange, en somme, assez facilement deux à trois portions. Pas de vomissement. Pas de pituite. Rien dans la poitrine. Rien au cœur. Pas de trouble de la circulation générale.

Le traitement a consisté surtout dans l'emploi du bromure de potassium, de valérianate d'ammon., d'iodure de potassium, injections sous-cutanées avec morphine, atropine, etc. Résultat nul.

Depuis son entrée dans le service, les mouvements des membres ont perdu de leur intensité. Ce qui a dominé jusqu'à la fin de décembre c'est un état de contraction des muscles extenseurs de la jambe gauche, contraction très-douloureuse et qui empêchait le malade de dormir. La douleur du genou droit a beaucoup diminué. Les mouvements réflexes et la sensibilité sont dans le même état.

Vers la fin de juillet, le malade s'est plaint d'une grosseur siégeant à l'union des pariétaux avec l'occipital. Cette grosseur va en augmentant, et s'ouvre vers la fin de décembre. Suppuration très-abondante. Destruction de la voûte osseuse. Apparition à la partie posté-

rieure de l'occipital de grosseurs analogues. Pas de battements. Pas de douleurs. Vers le 10 février, formation d'une eschare au sacrum.

5 mars 1871. Emaciation. Appétit un peu conservé. Alternatives de constipation et de diarrhée. Douleurs assez vives dans les membres inférieurs, moins intenses qu'il y a deux ou trois ans. La douleur en ceinture persiste. Affaiblissement très-notable des membres inférieurs. Persistance des mouvements convulsifs et spontanés. Pas de mouvements réflexes provoqués. Analgésie sans anesthésie, surtout prononcée au membre inférieur gauche. Persistance de la dilatation de la pupille droite avec diminution de la vue de ce côté. Intelligence nette avec léger affaiblissement de la mémoire.

Bronchite actuelle.

Le 14. Mort.

Le 15. *Autopsie*. Amaigrissement.

Thorax. Un peu de liquide dans les plèvres. Quelques adhérences molles à gauche. Un peu de liquide séreux dans le péricarde.

Cœur. Un peu volumineux. Péricarde un peu chargé de graisse. Cœur également. Quelques petites taches laiteuses. Valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire saines. Valvule mitrale un peu rétractée, un peu épaissie, mais saine.

Poumons. Congestionnés à la base. Pas de tubercules.

Foie. Un peu gros. Pas de congestion du centre du lobule.

Rate. Molle et diffluente.

Reins. Mous, sans congestion et sans lésions appréciables.

En enlevant le crâne, le périoste se détache en même temps que le péri-crâne.

Le crâne est le siége d'une nécrose circonscrite, ayant à peu près 5 centimètres sur 8 et occupant la partie supérieure de l'union des deux pariétaux avec l'occipital.

La peau du crâne est perforée d'une ouverture d'environ 2 centimètres de diamètre qui communique avec un foyer de suppuration, situé entre le crâne et le péricrâne. Ce foyer n'a pas moins de 0 m. 10 cent. de diamètre. Les téguments qui recouvrent le crâne sont à ce niveau très-amincis et fongueux.

La surface externe du crâne présente à ce niveau des lésions qui se rattachent à une nécrose en voie d'élimination et de séparation d'avec les parties voisines. La partie saine du crâne est séparée de la partie malade par un sillon profond taillé à l'emporte-pièce, plein de pus, montrant des vaisseaux congestionnés et de petits bourgeons médullaires, mais ce sillon n'est arrivé en aucun endroit à produire une séparation absolue. Ce sillon est pelotonné et irrégulier. La partie de l'os

qui est comprise dans ce sillon est plus épaisse, plus opaque, plus sèche que l'os normal, et elle est de couleur jaunâtre. A la partie supérieure, on y voit des dépressions et des inégalités. A la partie inférieure il n'existe pas de séparation aussi nette, si ce n'est à la partie la plus postérieure de la lésion où l'os paraît complètement nécrosé.

La dure-mère présente à sa face supérieure un épaississement et un bourgeonnement notable ayant pris par suite de décomposition cadavérique une couleur ardoisée. A la face interne de la dure-mère de petites néomembranes vascularisées.

Au niveau de la lésion, on voit sur la pie-mère des productions nouvelles inflammatoires. Les vaisseaux eux-mêmes sont indurés.

Dans le cerveau, la décortication des méninges se fait bien que difficilement, même au niveau des fausses membranes. La substance cérébrale n'est pas ramollie. Pas de traces de méningite à la base. Pas de piqueté. Rien dans le cerveau.

La moelle ne présente rien.

Cette observation nous montre combien le diagnostic est difficile, car chez ce malade les symptômes de sclérose de la moelle prédominèrent, et furent même diagnostiqués pendant la vie.

Sclérose probable de la moelle (cordons antéro-latéraux), et fungus de la dure-mère. La lésion syphilitique ne s'est relevée qu'à l'autopsie par la présence de l'ulcération crânienne.

Observation IV.

Tumeur cérébrale syphilitique. — Aliénation mentale.

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Brouardel, à la Charité, salle Sainte - Madeleine, par mon ami M. Patrigeon, élève de M. Brouardel.

Marie G..., 35 ans. En août 1861 (il y a de cela 13 ans) elle prit la syphilis; à la même époque elle accoucha d'un enfant mâle. Il est impossible, vu la mémoire impuissante de la malade, de préciser les dates d'une façon rigoureuse et d'établir un rapport exact entre ces deux faits. L'enfant vint au monde bien portant, mais présentant aux fesses une éruption de teinte cuivrée. Quelque temps après l'accouchement, une éruption analogue se manifesta sur le corps de la mère. Le diagnos-

tic n'était pas douteux; du reste un médecin prescrivit des pilules de protoiodure de mercure, traitement qui fit disparaître les accidents au bout d'un mois, mais qui ne fut pas continué. L'accident primitif fut absolument ignoré. L'enfant nourri par la mère paraissait bien constitué; mais à l'âge de 7 ans il eut une hémorrhagie nasale qu'il fut impossible d'arrêter et dont il mourut.

Alors s'écoule une longue période de 1861 à 1870; la santé générale de notre malade est satisfaisante, si ce n'est des maux de gorge qui survenaient de temps à autre. Etaient-ils dus à des ulcérations syphilitiques? Quoi qu'il en soit ils ne duraient que peu de temps à chaque récidive; il en fut de même d'une aphonie passagère qui ne fut pas traitée.

En 1870 au mois de novembre, pendant le siége de Paris, surviennent de nouveaux maux de gorge, et une céphalalgie très-intense; des douleurs articulaires dans les deux genoux. Cette fois encore la malade guérit seule et sans traitement. En même temps elle cessait de voir ses règles, bien qu'elle n'eût alors que 31 ans. Il existe à cette époque un symptôme, qui a persisté jusqu'en 1871, c'est un vomissement presque quotidien de caractère nerveux, se manifestant surtout le matin. Quand, la malade passe de la position horizontale à la position assise ou à la station, elle rend d'un seul jet, et sans effort, une gorgée de matières aqueuses.

En janvier 1873, tout se complique. Ce qui domine, c'est l'apathie cérébrale; les idées sont confuses, la mémoire et l'attention font absolument défaut; non-seulement c'est la mémoire des choses, mais aussi celle des mots. Elle a commencé une phrase, l'idée lui échappe et fuit devant elle; elle reste interdite et ne peut continuer; ou bien l'idée est présente à son esprit et les mots lui manquent pour l'exprimer.

La sensibilité morale est exagérée. Un reproche quel qu'il soit, une idée pour peu qu'elle soit attendrissante, la chose même la plus banale, la mettent en pleurs. On doit noter aussi une somnolence continuelle, dominant la céphalalgie qui, à cette époque, tourmente encore la malade; elle dort nuit et jour; tout travail lui est insupportable, elle n'aspire qu'à une chose, qui est de dormir. Les choses étaient dans cet état depuis janvier, quand dans les premiers jours de mai, se trouvant dans la rue, elle fut prise d'un vertige apoplectique, et tomba privée de connaissance; mais elle revint promptement à elle. A partir de ce moment tout est obscurité dans l'esprit de la malade. Elle ne se rappelle plus ce qui se passa; ce qu'elle en sait lui a été raconté depuis. Reconduite chez elle après son vertige apoplectique, elle est transportée après plusieurs jours à l'hôpital de Lariboisière. Tout porte à croire que

l'on assiste à cette époque à une folie passagère. A l'hôpital, en effet, elle se comporte absolument comme une aliénée, accomplissant tous les actes les plus dénués de raison, cherchant à pénétrer dans le lit des autres malades, mangeant et buvant leurs aliments et leurs boissons, criant à haute voix, prononçant les discours les plus incohérents. Tous ces faits n'étaient vraisemblablement acccompagnés d'aucun symptôme pouvant mettre sur la voie d'un état pathologique autre que la folie ; car nous la retrouvons bientôt à Sainte-Anne, où elle a été transportée comme aliénée. Que se passa-t-il à Sainte-Anne? nous l'ignorons. Fut-elle soumise à un traitement spécifique? La malade prétend que non. D'après son dire, on lui fit seulement des injections hypodermiques avec le chlorhydrate de morphine, en même temps qu'on lui donnait de grands bains. Toujours est-il qu'elle sortait de l'état d'aliénation dans laquelle elle se trouvait à son entrée. Cependant un symptôme nouveau s'était manifesté, portant sur la vision, qui devient si incomplète, que la malade ne voit pas où se diriger. A la fin de juin elle quittait Sainte-Anne, ne présentant que peu d'agitation intellectuelle, conservant quoique moindres ses troubles de la vision et une légère céphalalgie.

Il s'écoule alors jusqu'à son entrée à l'hôpital de la Charité, un intervalle de sept mois, durant lesquels la malade conserve ces deux derniers symptômes, mais à un degré beaucoup moindre. Il faut y ajouter seulement une diminution de l'audition. Après un mois passé à la campagne, elle revient à Paris où elle travaille à la couture, mais son habileté d'ouvrière est singulièrement diminuée, et elle ne gagne plus que la moitié de ce qu'elle gagnait autrefois.

Etat actuel. C'est au mois de mars (le 2) qu'elle entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Brouardel, salle Sainte-Madeleine. Elle est d'apparence robuste, sa figure présente une expression de torpeur intellectuelle. En l'interrogeant on constate une diminution notable de la mémoire ; c'est avec beaucoup de peine qu'elle se rappelle les faits sur lesquels on éveille son attention.

Le symptôme dominant cette fois encore, et qui l'a conduite à l'hôpital, c'est une céphalalgie intense, presque sans rémission diurne, occupant la région sus-occipitale. La vision est incomplète; mouches volantes; elle ne voit pour ainsi dire pas de l'œil gauche. Strabisme externe léger de l'œil gauche. Point de diplopie. L'ouïe est presque nulle du côté gauche ; elle ne perçoit même pas les battements d'une montre approchée de son oreille.

Ce qui nous conduit au diagnostic de tumeur cérébrale d'origine syphilitique, c'est l'existence de deux périostoses, l'une ayant son siége à

la région sus-orbitaire gauche, l'autre à la partie interne du tibia gauche. Ces tumeurs, indolentes, en elles-mêmes, sont très-sensibles au toucher.

Aucune paralysie dans les membres. La sensibilité est conservée intacte dans tous les points du corps.

Au cœur un souffle au premier temps et à la base. A son entrée, cette femme avait un peu d'œdème des maléoles.

Le foie paraît normal au toucher, on ne constate aucune bosselure ni irrégularité.

Sous l'influence d'un traitement au protoiodure de mercure d'abord, au sirop de Gibert ensuite, la malade va beaucoup mieux. La céphalagie disparaît. Les périostoses disparaissent également, mais la mémoire et l'intelligence restent ce qu'elles étaient. Les troubles de l'ouïe et de la vue persistent également. Cette femme part pour le Vésinet. Il lui est recommandé de continuer le sirop de Gibert.

Cette observation est très-curieuse. Toutes les manifestations qui s'y rencontrent, depuis la perte de la mémoire jusqu'au vertige apoplectique, dépendent évidemment d'une tumeur cérébrale, dont l'origine syphilitique paraît démontrée par les antécédents et par la coexistence de gommes sur la face et sur le tibia, et par l'efficacité du traitement spécifique.

Quant à préciser le siége de la tumeur, nous déclarons qu'il nous est impossible de le faire.

Observation V.

Syphilis crânienne. — Syphilis de la base du cerveau.

La nommée Regerault, âgée de 54 ans, concierge, est entrée le 14 janvier 1874, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, dans le service de M. Brouardel.

Antécédents. — A l'âge de 18 ans, étant domestique à Nantes, elle a eu un chancre, qui fut simplement cautérisé avec du nitrate d'argent, et disparut au bout d'un mois. La malade prétend qu'aucune manifestation syphilitique ne se produisit à la suite. Ce n'est que huit ans après

qu'elle eut de violents maux de tête, suivis de la chute des cheveux, et qu'apparurent des plaques muqueuses qui furent traitées seulement par la cautérisation. Jusqu'à l'âge de 43 ans, elle jouit d'une parfaite santé sans aucun accident syphilitique. A cette époque elle se marie, et commence à souffrir de la jambe droite. Des exostoses apparaissent à la partie moyenne et interne du tibia, et à la partie interne du genou. La malade commença à suivre un traitement par l'iodure de potassium, et continua d'une façon assez régulière jusqu'à ces derniers temps. Les exostoses disparurent. Mais à l'âge de 48 ans, ses règles s'arrêtèrent, presque toute la partie interne du membre inférieur droit se couvrit de vastes ulcérations qui persistèrent pendant trois ans, et ne cédèrent, au dire de la malade, qu'à la vertu surnaturelle d'une pommade dont une guérissense, probablement non patentée, lui donna le secret.

Immédiatement après cette cure empirique, apparaissent de nombreuses exostoses du crâne et une éruption papuleuse qui, à mesure qu'elle disparaissait, couvrit le front de la malade d'une multitude de pètites cicatrices blanches analogues à celles que laisse la variole.

Enfin, il y a trois ans, la malade vient à Paris, et tout disparaît, en laissant des traces indélébiles. Peu de temps après son arrivée, l'éruption reparut au front, mais beaucoup moins considérable.

Depuis un an environ, la malade éprouve, dans tout le côté gauche de la face, une sorte d'engourdissement, accompagné de fourmillement, qui très-supportables d'abord, deviennent douloureux au mois d'octobre 1873. C'est à cette époque que la malade commença à prendre du mercure pendant un mois seulement, mais cela lui causa une stomatite dont elle souffre encore actuellement.

Etat actuel. — Amaigrissement et faiblesse notable; aspect d'une anémie profonde. La peau du front et des tempes couverte de cicatrices de la petite vérole. A la palpation du crâne, on trouve, disséminées sur presque toute l'étendue du frontal et des deux pariétaux, des dépressions, dont quelques-unes sont très-profondes, les cheveux sont rares, et il existe des places correspondantes aux lésions osseuses, où le cuir chevelu est entièrement dénudé.

Le malade se plaint de souffrir de tout le côté gauche de la face, la douleur est sourde, mais accompagnée d'une sensation de picotement et de fourmillement très-pénibles qui siége principalement dans la narine gauche et autour de l'œil du même côté; de plus le bras droit est très-affaibli, et la malade perçoit dans l'annulaire et le petit doigt de la main droite les mêmes sensations de fourmillement. Nous avons par conséquent affaire à une lésion syphilitique siégeant probablement à la base de l'encéphale, ayant atteint le trijumeau gauche.

Le foie n'offre rien de particulier, la malade n'a jamais eu de jaunisse. Les poumons respirent mal, mais rien de particulier. Rien au cœur. La malade mange peu et sans appétit. Dans les urines, une grande quantité d'urates. Pas d'albumine ni sucre.

Le membre inférieur gauche est sain, mais le droit est recouvert, sur presque toute sa face interne, de cicatrices ressemblant à celles que laissent des brûlures profondes.

Les ganglions de l'aine et du cou sont durs et augmentés de volume.

La cavité buccale présente l'aspect de la stomatite mercurielle au haut degré. Elle souffre énormément et ne peut pas manger sans douleurs. Les dents sont déchaussées, noires; les gencives, molles et décolorées, saignent facilement; la langue est molle, œdémateuse, et garde l'empreinte des dents; l'haleine est extrêmement fétide. Presque toute la muqueuse buccale est couverte d'aphthes et de petites ulcérations.

On se trouve dans l'impossibilité d'instituer le traitement à cause de l'intoxication mercurielle, M. Brouardel institue le traitement reconstituant (vin de quinquina, sirop iodé de fer, chlorate de potasse, citrons, pilule d'opium).

Le 3 février. La malade ayant un peu de forces et la bouche dans un meilleur état, on administre les pilules de Sédillot.

Le 7. Diarrhée et vomissements. La stomatite revient. On est obligé de suspendre le traitement mercuriel.

Le 10. La malade se plaint d'insomnie, de cauchemars. Elle est dans un état de découragement absolu. Reprise du traitement sous forme de frictions.

Le 11. Salivation abondante. On suspend les frictions. Insomnie violente.

Le 15. On donne les pilules de Sedillot modifiées en ajoutant de l'opium et diminuant l'onguent napolitain.

Le 20. La malade souffre beaucoup de la tête du côté gauche, et surtout du côté de l'œil.

CONCLUSIONS.

I. Les affections syphilitiques tertiaires des os du crâne siégeant sur la table externe exclusivement, ne donnent pas lieu à des troubles nerveux.

II. Les affections de la table interne donnent presque toujours lieu à des troubles de compression ou d'inflammation des méninges et de l'encéphale.

III. La syphilis cérébrale peut exister sans lésions osseuses crâniennes.

IV. Les affections inflammatoires internes sont les plus graves.

V. Les récidives sont toujours à craindre.

VI. Le traitement doit se diriger d'après l'état général. Les bases du traitement sont le mercure et l'iodure de potassium.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.